

## A Revista dos Especialistas

uma publicação Medfarma, Edições Médicas, Lda., com permissão de The McGraw-Hill Companies

Periodicidade: mensal (11 números anuais)  
Registada D. G. Comunicação Social n.º 220593  
ISSN 120594 • Depósito Legal n.º 107266/97  
Tiragem: 7.000 exemplares Preço: 850\$00

Empresa Proprietária detentora dos direitos para Portugal: Medfarma, Edições Médicas, Lda.

Sede da Administração, Direcção, Redacção e Serviços Publicidade:

Av. José Gomes Ferreira, 11 - 4.º - Escrit. 41  
Edifício Atlas II - Miraflares - 1495 ALGÉS  
Telef. 412 11 42 • Fax: 412 11 46

Capa: Seward Hung

Produção Gráfica: Paulo Veiga

Pré-impresão: Alteração - Rua Alexandre Gusmão, 3A - 2795 Linda-a-Velha

Impressão: Europam - Estr. Lisboa-Sintra, km 14 - 2726 Mem Martins

Assinatura anual (Continente e Ilhas): 6.500\$00 (IVA incluído) Estudantes de medicina e médicos até 3 anos pós-licenciatura: 5.000\$00 (IVA incluído)

Director da Edição Portuguesa: Prof. Carlos Freire de Oliveira

Corpo Editorial da HOSPITAL PRACTICE (USA):

Editor Chefe: Robert W. Schrier, MD

Editor Adjunto: Gene H. Stollerman, MD

Editor Emérito: Samuel C. Bukantz, MD

Editores Associados: Stephen A. Brunton, MD,

Christine K. Cassel, MD, Frank J. Dixon, MD,

Norton J. Greenberger, MD, Victor A. McKusick, MD

Editor Executivo: Lee Powers

Gerente Editorial: Peter de Vrtes

Assistente do Gerente Editorial: Michael Feitrag

Editores Seniores: Nancy Berezin, John B. Heinegg

A MEDFARMA fará todos os esforços para que haja uma completa fidelidade relativamente à edição original, pelo que não pode ser responsabilizada por gralhas ou erros gráficos. Igualmente não se responsabiliza pelas opiniões expressas pelos autores dos artigos ou do conteúdo publicitário com os quais pode não estar totalmente de acordo.

Os artigos traduzidos e reproduzidos neste exemplar da HOSPITAL PRACTICE (USA) têm direitos reservados (1998) pela The McGraw-Hill Companies. Todos os direitos de publicação da HOSPITAL PRACTICE estão reservados em Inglês e Português pela The McGraw-Hill Companies, 1221 Avenue of the Americas, New York 10020 USA. Qualquer tipo de reprodução em qualquer idioma, total ou parcialmente, sem permissão prévia por escrito da The McGraw-Hill Companies é expressamente proibida.

Articles translated and reprinted in this issue from HOSPITAL PRACTICE are Copyrighted 1998 by The McGraw-Hill Companies. All rights reserved in English and Portuguese. Published from HOSPITAL PRACTICE with the permission of The McGraw-Hill Companies, 1221 Avenue of the Americas, New York, New York 10020, U.S.A. Reproduction in any manner, in any language, in whole or in part without the prior written permission of The McGraw-Hill Companies, is expressly prohibited.

## Reuniões de Consenso Sobre o Diagnóstico e Tratamento do Cancro da Mama

A Sociedade Portuguesa de Senologia e o Grupo Cooperativo de Cancro da Mama, da Associação Portuguesa de Investigação Oncológica, organizaram duas reuniões de consenso sobre o diagnóstico e tratamento do cancro da mama. A primeira decorreu na Curia nos dias 25 e 26 de Setembro de 1993 e a segunda em Coimbra de 19 a 20 de Outubro de 1996. Dado o facto da Hospital Practice publicar este mês e no próximo, artigos sobre o Cancro da Mama, aproveitamos a oportunidade para fazer chegar junto dos nossos leitores algumas das conclusões dessas reuniões.

### Rastreio do Cancro da Mama (1993)

O rastreio de massas é um subnível da prevenção secundária. Como teste de rastreio do cancro da mama utiliza-se somente a mamografia.

Não existem actualmente condições para a existência de um programa "nacional" de rastreio de cancro da mama em Portugal e, conseqüentemente, as autoridades nacionais deverão ter, sobretudo, um papel de apoio a iniciativas regionais exequíveis e com qualidade, desencorajando, por outro lado, a existência e manutenção de rastreios "oportunistas", através de normas e/ou recomendações, como as expressas neste consenso.

A prevenção primária, virtualmente não existe, e na prevenção secundária devem considerar-se os seguintes aspectos:

- sensibilização das mulheres (desde idades jovens) para a detecção precoce e para efectuarem o auto-exame inamário;
- sensibilização dos profissionais de saúde;
- sensibilização das autoridades (políticas e de saúde);
- formação vocacionada de profissionais de saúde, dirigida a grupos de risco;
- análise de qualidade global e recursos económicos da zona de desenvolvimento do programa de rastreio.

Num rastreio de massas por mamografia a definição da população-alvo é primordial. Os limites etários inferior e superior deverão ser os 50 a 65 anos. Não foi atingido o consenso em relação ao grupo etário dos 40 aos 50 anos. No entanto, este grupo etário e o dos 66 aos 69 não deverão ser excluídos em absoluto, devido aos indícios actualmente existentes e aos estudos em curso. As mulheres com idade superior a 65 anos que se apresentem voluntariamente ao rastreio não deverão ser recusadas.

As mulheres mastectomizadas, operadas de cancro da mama ou de hiperplasia atípica, com próteses ou com antecedentes de cancro familiar da mama, após a primeira mamografia, devem ser excluídas do programa de rastreio, merecendo um atendimento personalizado.

A periodicidade do rastreio deverá ser de 2 em 2 anos (entre os 50 e os 65 anos).

Relativamente a alguns aspectos metodológicos do rastreio entende-se que:

(a) A escolha do tipo de unidade de rastreio - fixa ou móvel - depende de aspectos económicos, da densidade populacional e de outras características da zona a rastrear. As unidades de rastreio fixas deverão, preferencialmente, não ficar situadas em instituições hospitalares.

(b) As incidências da mamografia de rastreio, em casos de pouca experiência por parte dos imagiologistas em rastreio, deve ser dupla na primeira "volta" e, eventualmente, simples, nas "voltas" seguintes.

(c) A leitura radiológica exige uma dupla leitura cega por radiologistas treinados em mamografia de rastreio.

(d) É obrigatória a consulta de aferição do rastreio para as mulheres com mamografias de rastreio não negativas. A aferição deve ser pluridisciplinar e centralizada, integrando um imagiologista, um clínico com experiência em patologia mamária e um citopatologista.

(e) Deve prever-se a possibilidade de tratamento das doentes que o rastreio revele e a aferição confirme em instituição ou instituições que garantam uma terapêutica adequada e em tempo útil. É indispensável a recolha de todos os dados clínicos de modo a ser possível uma avaliação global do rendimento do rastreio e uma análise de custos-benefícios.

(f) Há necessidade da avaliação da eficácia do rastreio (ex. estudos de sobrevivência, estudos caso-controlo, etc.).

O controlo de qualidade, em qualquer rastreio de cancro da mama, é indispensável. Em relação à mamografia recomenda-se a adopção das medidas expressas no "European guidelines for quality assurance in mammography screening". A qualidade da execução da mamografia e a concordância nos critérios de leitura dos imagiologistas são outros aspectos a considerar.

Como indicadores globais de rendimento recomendam-se entre outros: taxa de participação (atenção ao modo de cálculo); taxa de chamadas para aferição; valores preditivos de aferição; valores preditivos de biópsia; taxa de detecção; percentagem de cancros de pequenas dimensões e "in situ" e envolvimento axilar; taxa de cancro intervalar.

Para o êxito de qualquer programa de rastreio do cancro da mama é indispensável a participação activa do clínico geral ou do médico de família: na sensibilização das mulheres; na inscrição das mulheres e no acompanhamento da mulher que o

rastreio/aferição revele ter patologia mamária.

Em relação aos factores de risco e rastreio do cancro da mama, considera-se que nenhum factor de risco justifica um rastreio. No entanto, o estudo dos factores de risco na população rastreada deve ser incentivado.

Os programas de rastreio deverão ser regionais, geograficamente localizados e aprovados pelas entidades coordenadoras nacionais. A centralização orgazional e técnica, já referida como desejável, permitirá uma centralização operacional responsável por todas as fases do processo de rastreio.

A divulgação dos dados deverá ser tarefa da entidade organizadora. É essencial a existência de um registo de cancro regional, pois a sua participação, em tempo útil, será imprescindível no processo de avaliação da eficácia do rastreio.

O grupo coordenador mínimo responsável por um programa de rastreio deverá incluir: um director do projecto, um director técnico, um epidemiologista, uma assistente social e um técnico de informática.

Finalmente pretende-se salientar que há necessidade de uma forte e adequada sensibilização da população a preceder o rastreio.

O acompanhamento social e/ou psicológico da mulher que participa ou participou no rastreio (sem ou com patologia) é extremamente importante, destacando-se aqui o papel da assistente social e das instituições, nomeadamente de solidariedade social. Neste contexto não deve ser esquecido o impacto sobre a mulher que podem ter os falsos resultados positivos, exigindo-se, por isso, o maior rigor em todas as fases do rastreio, da aferição e do diagnóstico.

### **Tratamento do Carcinoma "in situ" (1996)**

O carcinoma "in situ" da mama é aquele em que não se evidencia in-

vasão do estroma através da membrana basal. Pode ser ductal (CDIS), lobular (CLIS) ou misto (CDLIS) consoante as células do tumor se diferenciam no sentido ductal, lobular ou ambos.

A classificação do carcinoma ductal "in situ" da mama pode ser feita segundo as suas características morfológicas e o seu comportamento biológico.

Segundo o padrão morfológico, o CDIS divide-se em cribriforme, micropapilar, papilar, sólido, comedo e misto.

O grau de agressividade pode ser avaliado segundo critérios arquitecturais e citológicos (Escola Europeia), ou critérios citológicos e necrose (Escola Americana). Em ambas as situações, o CDIS é subdividido em 3 grupos: baixo grau, grau intermédio e alto grau (Escola Americana) ou bem, moderadamente e pouco diferenciado (Escola Europeia).

O CDIS comedo é sempre de alto grau e o cribriforme puro é sempre de baixo grau. No caso dos tumores mistos, a classificação é feita segundo o grau mais elevado.

O diagnóstico de CDIS é sempre histológico e obtido a partir de cortes de parafina da totalidade da peça cirúrgica.

A suspeição do diagnóstico de CDIS é habitualmente radiológica - lesão infraclínica - (microcalcificações, distorções ou lesões circunscritas) e, só excepcionalmente, clínica (nódulos, corrimentos mamilares ou alterações mamilares).

É essencial a marcação pré-operatória para localização das lesões infraclínicas e radiologicamente suspeitas. A marcação deverá ser feita preferencialmente por arpão. Após exérese, deve ser realizada a radiografia da peça operatória.

O estudo anatomopatológico por cortes de congelação nunca permite o diagnóstico definitivo de CDIS. No estudo macroscópico da peça, quando as lesões têm diâmetro inferior a 1 cm ou não são palpáveis, não se

deve recorrer a estudo por cortes de congelação. Em lesões com diâmetro igual ou superior a 1 cm é aceitável a realização de cortes de congelação (no caso de não haver diagnóstico morfológico pré-operatório) o que permitirá detectar a presença de invasão e possibilitar uma terapêutica cirúrgica definitiva imediata.

São considerados factores de prognóstico as dimensões, os graus de agressividade e a multifocalidade/multicentricidade da lesão.

O significado prognóstico do estado das margens cirúrgicas de ressecção não está bem definido. Contudo, deve medir-se sempre a distância entre o tumor e a margem; se esta tiver neoplasia, deverá proceder-se à reexcisão que, eventualmente, poderá levar a uma mastectomia.

#### Modalidades terapêuticas

As modalidades terapêuticas devem sempre ser discutidas e acordadas com a doente.

**CLIS:** É sobretudo um indicador de risco de carcinoma invasivo. Na abordagem desta situação aceita-se: vigilância (*follow-up*) clínica e imagiológica ou mastectomia bilateral profilática.

**CDIS:** Consideram-se, como consenso e na ausência de informações inequívocas de ensaios actualmente em curso, duas modalidades terapêuticas: (a) Tumorectomia seguida ou não de radioterapia (por não haver consenso) - CDIS de baixo grau; (b) Mastectomia simples - CDIS de alto grau de agressividade.

Nos CDIS de grau intermédio a terapêutica deverá ser individualizada.

É consensual que a terminologia "microinvasivo" não deve ser usada. Quando existe invasão, deverá utilizar-se a terminologia "invasivo com ..... mm e componente intraductal extenso".

#### Seguimento pós-terapêutica

(a) Tumorectomia - exame clínico e mamográfico aos 6 meses e, poste-

riormente, anual.

(b) Mastectomia simples - exame clínico e mamográfico anuais.

### Tratamento Cirúrgico do Cancro Invasivo da Mama (1996)

#### Indicações para a Terapêutica Conservadora versus Mastectomia Radical Modificada

##### a) Cirurgia Conservadora:

- T1N0M0
- T2N0M0 ≤ 3 cm diâmetro
- Vontade expressa da doente para cirurgia conservadora.
- Bom resultado cosmético previsível.

• Garantia de um *follow-up* correcto.

##### b) Cirurgia Radical:

- T1N1M0.
- T2 > 3 cm NOM0.
- T2N1M0.
- T3 ≤ 7 cm NOM0.
- Gravidez do primeiro e segundo trimestre.
- Irradiação prévia da parede torácica.
- Sexo masculino.
- Tumores multicentricos.
- Microcalcificações ou grupos de micro-calcificações dispersos e suspensos.
- Impossibilidade de acesso a radioterapia qualificada.
- Vontade expressa da doente devidamente informada.
- Mulheres com BRCA<sub>1</sub> ou BRCA<sub>2</sub> positivo.
- Doenças do colagénio e outras contra-indicações para radioterapia.
- Extenso componente intra-ductal.

Não foram questões consensuais o tratamento cirúrgico das lesões centrais da mama e a importância do tipo histológico na decisão da terapêutica cirúrgica inicial.

#### Contra-Indicações para a Terapêutica Conservadora

##### a) Relacionados com o Tumor:

- T > 3 cm e N1
- Relação do tamanho do tumor /mama, não compatível com bom resultado estético.

• Tumor superficial da região central da mama.

• Irradiação prévia da parede torácica.

• Multifocalidade ou multicentricidade.

##### b) Relacionadas com a Doente:

• Rejeição da doente devidamente informada.

• Medo da recorrência local.

• Opção da doente pela cirurgia radical com reconstrução mamária.

As localizações críticas para radioterapia (sulco inframamário e região paraesternal) não são consensuais.

#### Terapêutica Conservadora no Carcinoma Localmente Avançado

Não houve consenso sobre a terapêutica conservadora no carcinoma localmente avançado. Esta modalidade terapêutica é aceitável em ensaios clínicos que incluam terapêutica neoadjuvante.

#### Influência do Componente Intra-Ductal na Terapêutica Conservadora.

*Lugar dos Estudos Extemporâneos por Congelação.*

O componente intra-ductal só condiciona a terapêutica cirúrgica quando esta é feita em dois tempos.

O exame extemporâneo não permite a avaliação da extensão do componente intra-ductal.

#### Modalidades Cirúrgicas para a Terapêutica Conservadora

##### a) Tumorectomia

Excisão do tumor com margem circundante de segurança ≥ 2 cm (lumpectomia é um anglicismo que corresponde à tumorectomia)

##### b) Segmentectomia ou Tumorectomia Alargada

Excisão losângica de um ou mais segmentos glandulares, com ou sem pele, com margem de segurança tumoral ≥ 2 cm, incluindo os galactóforos centrais correspondentes.

##### c) Quadrantectomia

Excisão de um quadrante da mama.

*d) Mastectomia Parcial*

Toda a excisão mamária que não envolva a globalidade da mama.

Foi consenso que as únicas designações válidas e oncológicamente correctas são a tumorectomia e a tumorectomia alargada.

A cirurgia conservadora implica sempre esvaziamento ganglionar axilar de preferência e, sempre que possível, com incisões separadas.

**Papel da Radioterapia no Tratamento Conservador**

Faz parte do tratamento conservador do cancro da mama.

As doses usadas são de 50 GY na mama, incluindo o prolongamento axilar, e 20 GY de *boost* no leito tumoral, previamente marcado com *clips*.

Não houve consenso em relação à irradiação da axila.

**Esvaziamento Axilar**

O esvaziamento axilar, com fins curativos e de estadiamento, deve ser completo, incluindo os três níveis.

O esvaziamento axilar deve conter pelo menos 10 gânglios, contados e estudados. Se o número de gânglios for inferior, a doente deverá ser reoperada ou fazer radioterapia da axila no período de 4 a 6 semanas.

**Tratamento das Recidivas Locais Após Tratamento Conservador**

Recidivas locais, após cirurgia conservadora, devem ser tratadas por mastectomia.

**Controlo Imagiológico Após Tratamento Conservador ou Após Mastectomia**

*a) Mamografia:*

Tratamento Conservador:

i) Mama Operada:

- 1.ª mamografia antes da radioterapia.
- 2.ª mamografia seis meses após a radioterapia.
- mamografia anual a partir do 1.º ano.

Não foi consensual este "follow-up". Foi defendida a mamografia, de 6 em 6 meses, nos 3 primeiros anos.

ii) Mama Contralateral:

- Mamografia anual

Tratamento Radical:

- mamografia anual

b) *RX do Tórax*

Anual

c) *Cintigrama Ósseo e/ou Ecografia Hepática*

Só quando há suspeita clínica ou laboratorial.

**Intervalo Recomendado entre o Diagnóstico e a Terapêutica Cirúrgica**

Realizado o diagnóstico, o tratamento cirúrgico deve ser executado no intervalo mais curto.

Quando é feita uma biópsia excisional, que confirme o diagnóstico de cancro, o tratamento cirúrgico definitivo deve ser executado no prazo máximo de 2 semanas.

PROF. CARLOS FREIRE DE OLIVEIRA